

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES
**ADHÉRENCES PÉRICŒCALES
ET PÉRICÔLIQUES**

Les Pericôlites membraneuses

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 22 Décembre 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN LÉQUES

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

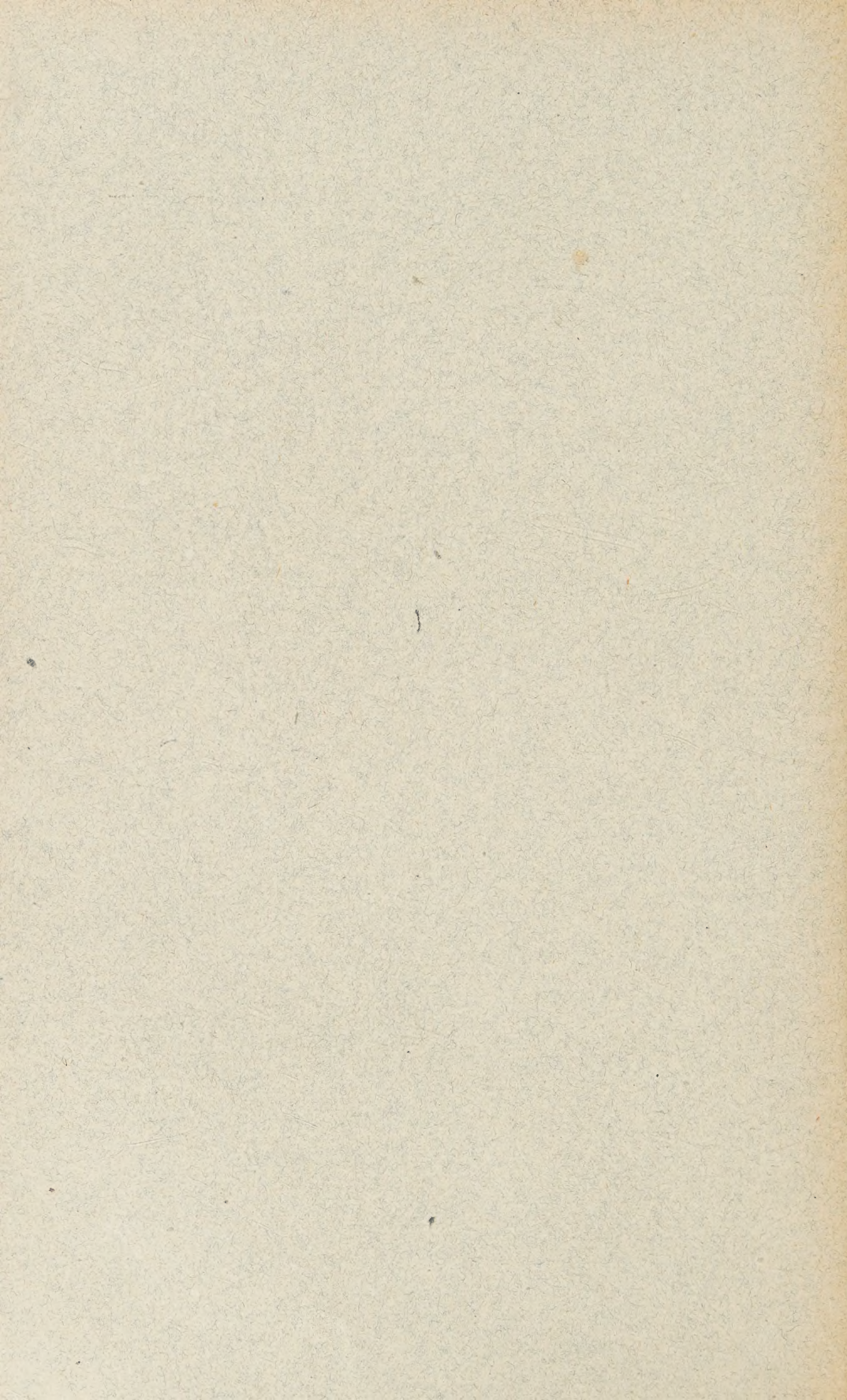
né à Crest (Drôme), le 19 avril 1888.



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

—
1911



Contribution à l'étude
des Adhérences péricœcales et péricôliques



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1911-1912. — N° 64

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES
**ADHÉRENCES PÉRICŒCALES
ET PÉRICÔLIQUES**

Les Pericôlites membraneuses

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 22 Décembre 1911

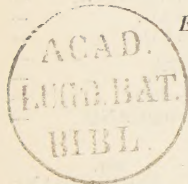
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

JEAN LÉQUES

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

né à Crest (Drôme), le 19 avril 1888.



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE,
LEPINE, PIERRET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale		X.
Chimie médicale et pharmaceutique		WEILL.
Chimie organique et toxicologie		POLLOSSON (A).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologie		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		COURMONT (P.)
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		X.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaires	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD	—
Clinique infantile	MOURIQUAND	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC REGAUD COMMANDEUR GAYET NEVEU-LEMAIRE PATEL	MM. J. LEPINE LESIEUR Etienne MARTIN LAROYENNE VORON NOGIER	MM. LATARGET BRETIN LERICHE THÉVENOT TAVERNIER. CADE.	MM. MOURIQUAND. ARLOING (F.). GUILLEMARD
--	---	---	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. PONCET, président ; ROCHET, assesseur ; GAYET et THÉVENOT, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma
reconnaissance et de mon
affection infinies.

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université de Lyon

Ex-Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu

Membre correspondant de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

avec l'expression de notre respectueuse gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait de présider notre Thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR COTTE

Chef de Clinique chirurgicale

à l'Hôtel-Dieu.

qui nous inspira l'idée de ce travail et nous accueillit toujours avec la plus grande sollicitude. Nous lui en sommes profondément reconnaissant.

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL MARTIN

Que nous avons à cœur de
remercier de sa bienveillante
sollicitude. Qu'il veuille bien
accepter l'hommage de notre
vive reconnaissance.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

A MES CAMARADES D'ÉCOLE

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les adhérences péricœcales et péricôliques ont été décrites pour la première fois par Virchow en 1853, Virchow, dans ses autopsies, avait été frappé de trouver fréquemment des brides fibreuses enserrant le cœcum et le côlon, et il en avait donné en même temps que les localisations les plus fréquentes une théorie pathogénique.

« Les adhérences partielles de l'intestin dont je veux parler, dit Virchow, consistent en une péritonite partielle le plus souvent chronique ou subaiguë. Cette péritonite est une maladie sérieuse et mérite d'attirer l'attention du médecin. Elle peut siéger en tous les points de

l'abdomen. Quelquefois on la trouve à l'insertion du mésentère mais le plus fréquemment on la trouve à droite sur le cœcum ou le côlon ascendant ; très souvent aussi à gauche, au niveau de l'anse sigmoïde. Une forme intéressante est la péritonite sous-hépatique qui se compose d'adhérences unissant l'angle hépatique du côlon aux organes avoisinants : face inférieure du foie et surtout vésicule biliaire. Plus la consistance et l'épaisseur de ces adhérences augmente plus l'intestin sous-jacent est comprimé. Il se forme des coudes, des replis qui rétrécissent la lumière de l'intestin et gênent le cours des matières fécales. »

Après Virchow, l'appendicite prend de jour en jour une importance plus grande en pathologie abdominale, et on attribue à l'inflammation de l'appendice toutes les lésions péricœcales ou péricôliques trouvées à l'opération ou à l'autopsie. On cherche des raisons anatomiques pour expliquer la fréquence des adhérences péricôliques. Le voisinage de l'appendice et l'inflammation de cet organe s'accompagne d'une péritonite plus ou moins étendue et d'adhérences entre l'intestin et le péritoine. Walther a insisté sur la fréquence des épiploïtes au cours de l'appendicite. L'épiploon enflammé forme des adhérences qui compriment l'intestin et peuvent gêner considérablement le cours des matières. Même dans l'appendicite chronique d'emblée, ces adhérences peuvent se développer.

Une autre cause anatomique, est le voisinage de la vésicule biliaire. MM. Tripier et Paviot, ont remarqué dans leurs autopsies la fréquence des adhérences sous-hépatiques, s'irradiant autour de la vésicule biliaire.

Voici ce qu'écrivent ces deux auteurs sur la question.

« Quel ne fut pas notre étonnement de rencontrer fréquemment dans plus des trois quarts des cas (sur des malades pris au hasard), des signes manifestes de péritonite sous-hépatique adhésive guérie, chez des sujets autopsiés pris en bloc. On voit en effet, tantôt des brides filamenteuses, tantôt des adhérences lamelleuses et souples, allant de la face inférieure du foie ou le plus souvent de la vésicule, s'insérer sur divers organes sous-jacents.

L'insertion inférieure est variable : une des plus communément constatées est l'insertion sur la première portion du duodénum et la partie moyenne du côlon transverse. Chez nombre de sujets aussi, on voit l'éventail d'adhérences, rayonnant de la vésicule, jeter des lames sur le duodénum, le côlon transversé et la partie supérieure du côlon ascendant au-dessous de l'angle droit des côlons. Par suite dans ce dernier cas, se trouve réalisée une disposition dont nous avons de nombreux exemples, celle d'un côlon contourné en S. Les brides peuvent s'étendre encore plus bas, jusqu'à l'appendice, que l'on voit alors : ou bien adhérer au cœcum en se recourbant ou bien même être attiré en haut jusqu'à la face inférieure du foie. D'autres fois, nous avons constaté que l'étape intermédiaire, celle du côlon ascendant faisait défaut et néanmoins l'appendice était perdu au milieu d'adhérences courtes ou toiles lamelleuses, qui le rattachaient soit à la paroi, soit à la fin de l'iléon, et en haut nous rencontrions autour d'une vésicule, a parois légèrement épaissies, quelques lamelles l'unissant au duodénum, ou au côlon

transverse. Dans la majorité des faits, la vésicule offrait des signes d'inflammation ancienne. »

En 1906, Potherat, communique à la Société de Chirurgie de Paris, trois cas de « péricôlite adhésive sténosante. »

En 1909, paraît un travail du chirurgien anglais Lane, sur le traitement de la constipation chronique. Par des recherches méthodiques chez des gens constipés. Lane a trouvé qu'il existait un réseau d'adhérences assez nettement constituées. Il admet, que ce ne sont pas là des adhérences inflammatoires, mais qu'elles résultent de la station verticale de l'homme. Comme traitement, il enlève complètement le gros intestin et se déclare très satisfait des résultats obtenus.

A la même époque paraît un article du chirurgien américain Jackson, décrivant sous le nom « péricôlite membraneuse », des adhérences d'un type particulier. « Des observations frappantes faites durant ces sept dernières années nous ont persuadé qu'il existe un état pathologique spécial du côlon ascendant dont il faut faire une description spéciale, et notre opinion est qu'un traitement chirurgical spécial doit être appliqué. Nous ne prétendons pas avoir découvert ou inventé une nouvelle maladie. Nous sommes sûr que cet état pathologique a été fréquemment observé par les chirurgiens. Cependant nous pensons qu'il n'a pas été assez décrit comme une entité clinique ».

Dans les observations de Jackson, il s'agit d'une membrane s'étendant du péritoine pariétal à l'épiploon, et comprenant le côlon ascendant et dans certains cas le cœcum en donnant un syndrome particulier.

Pierre Duval, publie en 1910, quatre cas semblables, et J. Ch. Roux, deux autres traités chirurgicalement.

En 1911, le chirurgien américain Crossen, publie trois cas de péricôlite membraneuse identiques à ceux de Jackson et opérés par sa méthode.

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service du Professeur Poncet, un cas de péricôlite opéré par M. le Dr Cotte, il nous a paru intéressant de rechercher les observations publiées en Amérique, sous le nom de péricôlite membraneuse et de voir si, par leurs caractères anatomiques ou cliniques, elles méritaient vraiment une place à part dans la pathologie de la fosse iliaque droite. Après avoir rapporté :

1° Les caractères anatomiques.

2° Les signes cliniques.

En nous basant sur les comptes rendus cliniques ou opératoires qu'on relève dans les observations publiées nous étudierons les différentes théories qui ont été émises à leur sujet et nous verrons le traitement qui doit être appliqué.

CHAPITRE II

Caractères Anatomiques.

A l'ouverture de l'abdomen d'un malade atteint de péricôlite membraneuse, on trouve sur le côlon ascendant une membrane recouvrant le côlon sous-jacent et le comprimant plus ou moins sur la paroi abdominale postérieure. Cette membrane recouvre souvent le cœcum, quelquefois l'appendice. En haut elle se prolonge jusqu'à l'angle hépatique du côlon et quelquefois même sur une petite portion du côlon transverse. Elle s'insère sur le péritoine de la paroi abdominale postérieure ou latérale et de là se porte transversalement pour venir se fixer sur la paroi antérieure du côlon ou sur l'épiploon. Elle peut être plus ou moins fine, quel-

quelquefois transparente, quelquefois parfaitement opaque. Elle est parcourue par des vaisseaux sanguins nombreux le plus souvent transversaux par rapport au côlon.

Voici la description telle qu'elle est faite par Jackson.

« Le côlon ascendant qui vous est présenté comme type de péricôlite montre les lésions macroscopiques et microscopiques suivantes : un repli qui attache l'appendice, le côlon ascendant et une petite portion du côlon transverse. Cette membrane fine a des vaisseaux parallèles les unes aux autres et qui sont transversaux par rapport au côlon. Entre les vaisseaux se trouvent d'étroites bandes de tissu conjonctif qui vont se fixer en différents points de la face antérieure du côlon. A ces points d'attache l'intestin est très fortement bridé. L'examen de cette pièce montre qu'un liquide œdémateux se trouve derrière cette membrane délicate, semblable à une arachnoïde œdémateuse si souvent rencontrée en enlevant la dure-mère d'un cerveau alcoolique. Le côlon semble placé dans un sac diaphane légèrement trop étroit pour le contenir sans qu'il fasse de plis. Au commencement du coude hépatique la membrane étrangle particulièrement le côlon. Ça et là se trouvent des amas de graisse dans cette toile d'araignée. Quand on appuie sur la pièce le côlon glisse dans son sac sans avoir une entière liberté. Une portion du péritoine pariétal a été prise avec le côlon et montre que la membrane et les vaisseaux se continuent avec ceux du péritoine pariétal. La structure entière ressemble à un péritoine détaché de ses relations avec la paroi abdominale et de la surface du côlon par des exsudats séreux. Après quoi la vascularisation spéciale

et le tissu conjonctif ont formé une réaction chronique sous une influence irritative. »

Des coupes microscopiques montrent en allant vers la lumière du côlon, une musculature normale, une sous-muqueuse assez épaisse et une couche glandulaire normale. Notre attention est surtout attiré vers la tunique séreuse, dont les fibres sont séparés par une infiltration séreuse qui soulève la portion endothéliale. Les vaisseaux sanguins sont anormalement dilatés. Autour de chaque vaisseau existe une condensation de fibres blanches en bandes parallèles au vaisseau. Pas de fibrine, ni de leucocytes polynucléaires, ni aucune trace d'inflammation. Le tissu conjonctif avoisinant la couche musculaire longitudinale, semble pénétrer entre les faisceaux musculaires. La tunique endothéliale est parfaitement saine et démontre que nous n'avons pas affaire à une fausse membrane, mais à un tissu normal simplement raréfié. L'élargissement des cavités limitées par l'endothélium, évoque l'idée d'une stase lymphatique chronique.

Nous ajouterons maintenant quelques observations faites sur un certain nombre de sujets vivants au cours d'opérations chirurgicales. La membrane transparente semblable à un rideau, à ses vaisseaux perpendiculaires, à la direction du côlon ascendant. Dans certains cas la membrane vient de la paroi abdominale juste au niveau du cœcum, pour remonter et disparaître sous le foie ou le côlon transverse. Dans d'autres cas elle semble s'attacher sur la face inférieure du foie. Quelquefois elle commence sur le côlon et le suit jusqu'au cœcum. Quelquefois elle s'insère sur le côlon transverse et l'at-

tire en bas de telle façon qu'il devient parallèle au côlon ascendant. Dans ce dernier cas, les symptômes gastriques étaient très marqués à cause de la gastropse ainsi produite. Dans un cas la membrane était si opaque qu'on ne pouvait pas du tout apercevoir le côlon ascendant. Dans les cas récents, la membrane est à peu près libre et ne produit qu'une constriction limitée du côlon. Dans les cas plus avancés elle comprime le côlon contre la paroi et produit des replis très marqués et des circonvolutions amenant l'occlusion de la lumière du côlon. Dans un cas, à l'autopsie, on fit passer un courant d'eau dans le cœcum à travers la valvule iléo-cœcale, mais le cœcum se distendit sans qu'une goutte de liquide ne traversât le coude hépatique du côlon, tant qu'on n'eut pas libéré les adhérences avec le doigt. Dans la plus grande majorité des cas, le cœcum n'est pas inclus sous la membrane, l'appendice non plus, sauf s'il occupe une position ascendante. L'appendice, dans presque tout les cas, était petit et scléreux, la membrane a été trouvée chez, ma malade qui avait été opérée des années auparavant pour un abcès appendiculaire. Dans ce cas, le cœcum était englobé dans la membrane.

Chez les trois malades opérés par Crossen, les lésions sont identiques à celles trouvées par Jackson. On retrouve toujours cette membrane fortement vascularisée et enserrant le côlon ascendant.

Les observations de Potherat se rapprochent beaucoup de la description de Jackson. Dans sa première observation il trouve un côlon dilaté jusqu'au cœcum et affaissé au niveau du transverse. Dans la région de

l'angle hépatique il était voilé par le bord droit du grand épiploon, s'étalant à sa surface et adhérant à lui et au foie formant une surface hérissée de saillies et de dépressions transverses, perpendiculaires à l'axe du conduit. Pas de trace de tumeur. En attirant l'épiploon il le voit adhérer fortement à l'intestin et au foie et creuser pendant les tractions de profonds sillons à la surface de cet intestin.

Dans sa seconde observation, il trouva le grand épiploon adhérant à l'intestin et à la paroi abdominale, et enserrant le conduit dans des brides semi-circulaires, très rapprochées et s'étendant depuis le cœcum très dilaté jusqu'à l'angle droit du côlon transverse. L'appendice était normal.

Les mêmes adhérences sont trouvées chez la malade de M. Delangre (de Tournai), dont il est question dans le rapport de M. Potherat, à la Société de Chirurgie (1906).

Dans la première observation de J. Ch. Roux, le côlon ascendant était relié au côlon transverse par des adhérences. Dans sa seconde observation il note des adhérences péricœcales, unissant le cœcum à la paroi abdominale. Ces adhérences étant détruites avec le doigt, on referme l'abdomen. Mais quelques mois après, la malade se faisant de nouveau opérer, on trouve des adhérences sur le côlon ascendant, causant un retrécissement très serré de la lumière de ce conduit. La difficulté qui en résultait pour le passage des matières avait été constatée avant l'intervention, par la radiographie après ingestions de sous nitrate de bismuth.

Enfin dans l'observation que nous devons à l'obli-

geance de M. le D^r Cotte, voici l'état des lésions trouvées à l'intervention.

19 août 1910. Intervention (M. Cotte). L'anesthésie à l'éther provoque des accès de toux si violents qu'on est obligé de recourir au chloroforme. Après ouverture du péritoine on voit que la vésicule biliaire est absolument libre de toute adhérence et ne contient pas de calcul. Ses parois sont souples et ne présentent aucune trace d'inflammation récente ou ancienne. Sur le colon ascendant brides cicatricielles qui le coudent au niveau de sa partie moyenne. Cœcum et appendice complètement sains. Dilatation cœcale considérable. Pas de tumeur. Aucune lésion de l'intestin grêle.

CHAPITRE III

Signes cliniques

Les symptômes de la péricôlite membraneuse sont communs avec ceux de presque toutes les affections siégeant dans le côté droit de l'abdomen, si bien que ces adhérences sont le plus souvent trouvées par hasard à l'opération. En général les malades se présentent avec des symptômes rappelant l'appendicite soit aiguë, soit chronique, la lithiase biliaire, la typhlite, l'entérocolite muco-membraneuse. Ce n'est qu'à l'ouverture de l'abdomen qu'on s'aperçoit que l'organe incriminé est sain et que la cause des troubles accusés par le malade réside dans ces adhérences, causant par leur présence des perturbations dans le fonctionnement

de l'intestin. Ces symptômes ont été groupés de différentes façons par les auteurs suivant qu'ils accordent plus ou moins de valeur à l'un ou l'autre des signes observés. Pour^{*} Lane, le symptôme prédominant est la constipation, alors que les auteurs américains accordent plus de valeur à la localisation de la douleur et aux troubles psychiques. Nous décrirons ces symptômes sans les classer à leur valeur diagnostique, car ils sont très variables suivant les malades ; tel sujet accusant surtout des douleurs, tel autre de la constipation, tel autre de la neurasthénie.

Etat général. — L'état général est très atteint. Le malade accuse une perte de poids qui va en s'accroissant avec les progrès de la maladie et qui peut atteindre plusieurs kilogrammes. En même temps que la perte du poids se produit une perte de force obligeant souvent le malade à garder le lit. L'expression du visage exprime la dépression. Le teint devient terreux. La cachexie fait des progrès de jour en jour. Le tableau général de l'auto-intoxication intestinale est au complet.

Pouls et température. — L'élévation du pouls et de la température est rare. Elle n'a lieu que dans quelques cas et au moment des fortes crises qui peuvent alors en imposer pour des crises d'appendicite, d'annexite ou de coliques hépatiques.

Douleur. — Dans presque tous les cas la douleur est le symptôme qui a conduit le malade au chirurgien.

Au début, elle est légère quoique en général le malade puisse fixer une date assez exacte d'apparition des troubles. Les premières atteintes datent parfois de plusieurs années, et les crises se sont produites à des intervalles d'abord éloignés, puis de plus en plus rapprochés, jusqu'à ce que le malade soit obligé de s'arrêter dans ces occupations et vienne consulter le chirurgien.

Les douleurs suivent les repas et le malade en arrive à redouter à un tel point l'ingestion des aliments qu'il refuse toute nourriture.

A mesure que la maladie progresse les périodes de bien-être entre les crises diminuent. La douleur devient continue, mais elle a des exacerbations. Elle est sentie dans tout le côté droit de l'abdomen sans point particulier de localisation.

Voici une observation de Potherat qui est typique à ce point de vue :

« Cette femme souffrait depuis plus d'un an, et surtout depuis plusieurs mois de douleurs tantôt vives, tantôt sourdes, répandues dans tout le ventre et rappelant parfois de violentes coliques. En étudiant de près ces coliques on arrivait à les localiser, surtout à droite, c'est-à-dire que la malade ressentait des douleurs prenant naissance dans le ventre autour de l'ombilic mais se portant vers la fosse iliaque droite et le côlon ascendant où elles arrivaient à leur maximum d'intensité. Elles devenaient surtout violentes quelques

heures après l'ingestion d'aliments et cela avec une telle régularité que la malade arrivait à redouter les repas. Tantôt le ventre était souple, tantôt il était tendu, ballonné, et c'était alors que les douleurs étaient le plus vives. La malade s'alimentait de moins en moins non pas tant par anorexie car elle avait souvent faim, mais plutôt parce qu'elle redoutait de voir survenir les violentes douleurs dont l'ingestion des aliments paraissait être la cause, quels que fussent d'ailleurs la nature ou l'état des aliments ingérés. »

Dans l'observation de M. Delangre, rapportée par M. Potherat, nous relevons le passage suivant :

« Il s'agit d'une femme de 21 ans qui sans antécédents dignes d'être notés, commence dès l'âge de 16 ans à ressentir dans le flanc droit des accès douloureux, survenant d'abord tous les trois mois environ sous forme de crises si violentes que la malade est obligée de s'aliter.

« Ces crises se produisent généralement après trois à huit jours de constipation opiniâtre, elle s'accompagnent de céphalalgie, de vomissements et tout le côté droit est d'une extrême sensibilité. Ce tableau clinique pourrait aisément faire croire à une appendicite.

« Dans la suite les accidents vont en augmentant, tant sous le rapport de la fréquence que de l'intensité, jusqu'à l'âge de 21 ans où la malade se présente à l'examen de M. Delangre. Au cours de ces cinq dernières années, de 16 à 21 ans, plusieurs praticiens se

succèdent au chevet de la patiente et prescrivent vainement les régimes les plus divers, des laxatifs, des potions alcalines ou soporifiques, des lavements, des injections vaginales très chaudes et une thérapeutique locale excessivement variée.

« Son état général est médiocre, elle est émaciée et a un teint cachectique jaune sale. Elle est atteinte de dysménorrhée. La patiente se plaint d'inappétence, de ballonnement et de coliques violentes qui l'obligent à marcher toute courbée. La palpation du ventre quelque peu tympanisée nous permet de relever une certaine sensibilité anormale dans le flanc droit qui se propage dans la fosse iliaque du même côté sans présenter le point de Mac Burney. »

Observation 5 de Jackson : « Les premiers troubles remontent à neuf mois. Douleurs dans tout l'abdomen surtout marquées du côté droit. La douleur était très aiguë comme caractère et comme la malade le dit « ressemblait à la piqûre d'un canif ». En même temps elle a des coliques dans tout l'abdomen, plus marquées au moment des époques menstruelles. Elles sont aussi plus marquées lorsque la malade se courbe sur le côté droit, sur le dos ou se retourne brusquement, ou se lève brusquement. Son abdomen étant distendu par des gaz. »

Sensibilité. — Comme la douleur la sensibilité est localisée dans le côté droit de l'abdomen. Souvent le poids seul des vêtements ou la constriction par le

corset chez les femmes est insupportable. La sensibilité peut être plus marquée au point de Mac Burney, dans la fosse iliaque droite ou dans l'hypochondre droit. Ces points particuliers en imposent pour une appendicite, une annexite ou une lithiase biliaire.

1^{re} observation de Crossen : « L'examen révèle une sensibilité dans toute la fosse iliaque droite s'étendant en bas, dans la région annexielle, et en haut, le long du côlon ascendant moins marqué cependant dans la région appendiculaire. Elle est plus forte dans la région cœcale. Les symptômes d'appendicite n'étaient pas typiques.

Néanmoins, je portais le diagnostic d'appendicite chronique ou seule, ou accompagnée de lésions annexielles.

En réalité l'intervention montra que l'appendice et les annexes étaient normaux et qu'il s'agissait d'une péricôlite membraneuse typique.

2^{me} observation de Crossen : l'examen révèle une hyperesthésie générale de l'abdomen et du bassin. La sensibilité la plus marquée se trouve dans la fosse iliaque droite, dans une région englobant l'appendice et les annexes droites. Aucune masse distincte n'est perçue dans la région appendiculaire ou dans la région annexielle. Il existe une distension considérable par les gaz.

Dans une observation de Potherat citée en partie

plus haut : « La palpation du ventre quelque peu tympanisé nous permet de relever une certaine sensibilité anormale dans le flanc droit et qui se propage dans la fosse iliaque du même côté sans pourtant présenter le point de Mac Burney. Au niveau du périmètre lésé au point correspondant de la projection du côlon ascendant à la paroi abdominale, la zone est mate à la percussion, et l'on croit percevoir au toucher moins de souplesse qu'en d'autres points du ventre mais il faut avouer que cette sensation est bien vague. »

Observation due à l'obligeance de M. le D^r Cotte.

Malade de 47 ans, entre le 19 août 1910 avec le diagnostic de coliques hépatiques. Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Personnellement, pneumonie à l'âge de 20 ans et il y a 12 ans coliques abdominales violentes étiquetées coliques hépatiques par son médecin.

Depuis cette époque il a eu plusieurs crises semblables, mais jamais d'ictère, ni selles décolorées et pas de vomissements. Au moment des crises, constipation avec émission de quelques selles glaireuses. Jamais d'hémorragies intestinales.

A son entrée il se plaint de douleurs abdominales violentes, dans l'hypochondre droit sans irradiation vers l'épaule, pas de vomissements, pas d'ictère, pas de température. L'examen local révèle seulement un cœcum très dilaté qui se dessine sous la paroi. Clapotage cœcal très net. Le malade a maigri considérable-

ment depuis trois mois et tousse depuis longtemps. A l'auscultation, emphysème avec quelques râles de bronchite.

On pense à une sténose intestinale d'origine vésiculaire en faisant toutefois des réserves pour la possibilité d'un néoplasme en raison de l'amaigrissement du malade.

Constipation. — La constipation est toujours très marquée, surtout dans les cas avancés. De fortes doses de purgatifs sont nécessaires pour assurer l'évacuation de l'intestin ; ce qui amène une amélioration notable de l'état général et de la douleur. Cette amélioration n'est d'ailleurs que passagère.

Les matières et les gaz s'accumulent au-dessus du point rétréci par les adhérences ; le cœcum est généralement dilaté ; c'est ce qu'a pu constater Roux par la radiographie. L'accumulation des matières et des gaz est la cause des violentes douleurs accusées par les malades, c'est pourquoi les douleurs retrocèdent après l'usage des purgatifs amenant une débâcle intestinale ou après une évacuation de gaz.

La stase des matières et la fermentation qui en résultent est la cause du mauvais état général des malades, par suite de l'auto-intoxication d'origine intestinale.

Dans certains cas les périodes de constipation sont troublées par des débâcles diarrhéiques comme dans l'observation I de Jackson. Depuis 8 ans les crises se répètent dans des conditions identiques : même localisation dans le flanc droit de l'abdomen, pas de vomis-

sements, la constipation continue. Il y a deux ans et demi il vient s'ajouter les symptômes suivants : nausées et perte de l'appétit, flatulence, hyperchlorhydrie, douleurs violentes au même endroit, vomissements acides.

Pendant les années 1906 et 1907 perte de poids de 20 livres.

Au commencement de 1908 la malade a des selles avec de grandes quantités de mucus. Pendant les mois d'avril et mai 1908 alternatives de constipation et diarrhée et par intervalles évacuations de mucus, la douleur ne précède pas l'évacuation du mucus. A l'examen : douleur dans toute la partie droite de l'abdomen et à l'épigastre. Distension gazeuse, spécialement du côté droit vers le cœcum. Estomac distendu par des gaz.

Observation I de Roux : Malade âgée de 61 ans. Il y a quinze ans environ, s'est établie une constipation opiniâtre sans causes appréciables. Les matières étaient évacuées en quantité insuffisante et de temps à autre tous les deux mois, la malade était prise de violentes douleurs suivies bientôt d'une débâcle diarrhéique putride.

En même temps que la constipation s'étaient installés deux autres symptômes qui étaient pour la malade une cause de troubles des plus pénibles, d'abord des vertiges l'obligeant parfois à séjourner au lit pendant plusieurs jours, et surtout une odeur fétide de l'haleine.

Lorsque j'ai eu l'occasion de la voir dans le courant de septembre 1909 elle venait d'avoir une crise de vertige extrêmement marquée. C'était une malade d'aspect amaigri, fatigué, se plaignant surtout de ces trois symptômes : constipation, fétidité de l'haleine et vertiges.

La palpation du ventre était facile à cause des poses très accentuées. Il n'y avait pas de sensibilité épigastrique ou ombilicale ; le rein droit était légèrement abaissé, l'estomac ptosé et atone clapotait facilement. La malade très inanitiée présentait l'ensemble du syndrome neurasthénique. L'intestin n'était pas douloureux à la pression. Il n'y avait pas de contraction du côlon descendant. Les urines ne contenaient ni indican, ni albumine. Le traitement que j'indiquai fut surtout un régime végétarien. Le port d'une sangle et une alimentation plus copieuse.

Sous l'influence de ce traitement en un mois il y avait une amélioration sensible dans les troubles intestinaux, la constipation avait disparu, la malade avait engraisé d'un kilogramme, mais la fétidité de l'haleine persistait.

Pendant le courant d'octobre les malaises continuent et la malade présente une distension considérable du côté droit. Elle consulta le D^r Robineau qui constata une distension énorme du cœcum, faisant saillie sur la paroi. Pensant à des adhérences péricœcales il propose une intervention.

2^{me} observation de J. Ch. Roux : Mlle E..., 30 ans. A 27 ans, douleurs dans la région épigastrique accompagnées de vomissements. Nouvelle crise 6 mois après. La malade allait encore à la garde-robe tous les jours. Elle suit une cure à Plombières sous la direction du docteur Froussard mais peu de temps après les douleurs apparaissent dans le côté droit. Douleurs à peu près continues qui font songer à une appendicite chronique sans qu'on en trouve aucun symptôme net. Comme l'alimentation augmentait ses malaises la malade avait réduit considérablement sa ration et lorsqu'elle alla consulter le D^r Soupault ce dernier constata surtout une inanition marquée et se borna à prescrire un traitement de suralimentation.

Par un examen coprologique on peut facilement reconnaître que la malade n'avait pas de cœlite et que la digestion des différentes membranes était parfaite. Elle se plaignait surtout de douleurs dans le côté droit. Tous les jours la malade a une sensation d'encombrement à droite. Elle sent que son intestin ne se vide pas. Elle doit passer une ou deux heures de la matinée dans son lit à masser le côté droit pour obtenir l'évacuation des matières.

Elle a nettement la sensation d'un obstacle dans la région sous-hépatique et tant que l'obstacle n'est pas franchi par les matières elle a une sensation de malaise très pénible. Cette constipation s'accroît parfois et alors il y a une crise douloureuse très vive dans la

région droite du ventre suivie d'une débâcle diarrhéique.

Le 23 janvier 1907 la malade est opérée par le Dr Delagenière qui libère le cœcum et le côlon de leurs adhérences.

Mais en juin 1908, c'est-à-dire un an et demi après l'opération, les malaises reviennent, l'haleine devient de plus en plus fétide. Comme les malaises vont en s'accroissant et que la malade doit passer la plus grande partie de ses matinées au lit à se masser le côté droit je propose un examen aux rayons X. La malade prend le matin un potage au lait additionné de sous-nitrate de Bismuth. Ce potage est pris à 8 heures du matin, à 2 heures le cœcum est rempli dans sa partie inférieure, la traversée de l'intestin grêle a donc eu sa rapidité normale. A 6 heures du soir le bismuth est sensiblement au même niveau. A 9 heures du soir il est encore dans la première partie du côlon ascendant. Il y a donc un retard marqué au cheminement du bismuth dans le gros intestin. D'après les recherches de Hertz on sait qu'à l'état normal l'ombre du bismuth doit se trouver onze heures après l'injection du repas au niveau de l'angle splénique. Le lendemain matin à 8 heures on trouve encore quelques traces de bismuth dans le cœcum, mais il est presque tout rassemblé dans le côlon descendant.

Mucus. — Les décharges de mucus sont fréquentes surtout dans les cas avancés. En général le malade n'attire pas l'attention sur ce symptôme, mais si on le lui demande il se rappelle avoir eu à un certain moment

des selles glaireuses ; par l'examen direct des selles on en confirme la réalité. Jackson, dans presque chacune de ses 9 observations, note des décharges de mucus.

Symptômes gastriques. — Fréquemment des fermentations de l'estomac sont surajoutées et ne sont pas calmées par la diététique ou les eupeptiques. Pendant les périodes de crises douloureuses les vomissements sont fréquents. Dans certains cas on a pu trouver un syndrome ressemblant à celui de l'hyperchlorhydrie.

Neurasthénie. — La neurasthénie est le symptôme qui dans un grand nombre de cas prend la place prépondérante.

Les malades atteints de péricolite membraneuse sont tristes, déprimés, ils n'ont goût à rien et quelques-uns se confinent volontairement au lit.

Tous leurs symptômes sont exagérés et leurs plaintes sont continuelles. Cet état peut s'aggraver et aller jusqu'à la mélancolie avec idées de suicide.

Au moment où ils viennent consulter le chirurgien ils ont cessé depuis longtemps leurs occupations tant par dépression mentale que par pertes de forces. Beaucoup accusent des maux de tête et de l'insomnie.

CHAPITRE IV

Pathogénie

Virchow pensait que ces adhérences tenaient à une inflammation inconnue de la paroi intestinale, et d'après lui la stase des matières fécales dans le gros intestin, au niveau du cœcum ou du côlon ascendant, suffirait à provoquer ces troubles inflammatoires. « Je crois, dit Virchow, que ces adhérences sont dues au passage des matières fécales, causant une inflammation de la séreuse qui entoure l'intestin. Cette inflammation est due aux frottements causés par le péristaltisme intestinal. On comprend que ces adhérences soient plus marquées autour du gros intestin qu'autour de l'intestin grêle, à cause du plus grand état de sé-

cheresse des matières qui y sont contenues. Et ainsi s'explique que les adhérences siègent surtout aux coutures du côlon, c'est-à-dire au cœcum, aux angles droit et gauche et à l'anse sigmoïde, où l'inflammation causée par le passage des matières est plus intense. »

L'explication donnée par Lane pour les adhérences péricœcales et péricolique ne manque pas d'originalité. D'après lui, ce ne sont pas des adhérences inflammatoires ; elles résultent seulement de la station verticale de l'homme.

L'homme est un quadrupède qui s'est redressé dans le cours des siècles, et a fini par se mettre debout. Les viscères abdominaux, par suite de ce changement de position, ont une tendance à tomber progressivement vers le petit bassin. De toutes les parties de l'intestin, c'est le cœcum qui s'abaisse le plus à cause de la grande quantité de matières qui s'y accumule. Il entraîne avec lui le côlon ascendant qui lui fait suite, et c'est cette ptose qui explique les adhérences fréquentes qu'on trouve au niveau de ces organes.

Tout cet ensemble de néoformations est donc dû à la station verticale, aggravée encore par certaines circonstances, la constriction du corset et des vêtements qui compriment l'abdomen à sa partie moyenne et tendent à repousser le gros intestin vers le bas-ventre, la mauvaise position pendant la défécation. L'individu civilisé utilise surtout la position assise, tandis que la position naturelle est la position accroupie.

Ces théories de Virchow et de Lane sont fort intéressantes et ne manquent pas de justesse. Sans doute

les frottements dûs aux matières, peuvent favoriser la formation des adhérences comme le veut Virchow. Sans doute, la ptose viscérale et les mauvaises conditions hygiéniques de la vie moderne, peuvent aussi en créer comme le veut Lane. Mais dans beaucoup de cas ces conditions sont insuffisantes, et le caractère nettement inflammatoire de ces néoformations, ne peut s'expliquer par l'une ou l'autre de ces théories.

MM. Tripier et Paviot, en accusant l'inflammation de la vésicule biliaire de provoquer des adhérences péritonéales de voisinage, avaient parfaitement raison, et en présence d'un syndrome clinique analogue à celui que nous décrivons plus haut, il faudra toujours rechercher dans les antécédents, les infections extrêmement fréquentes et souvent méconnues de la vésicule.

Le voisinage de l'appendice doit aussi être incriminé dans un grand nombre de cas. Sans jouer le rôle unique qu'on a voulu lui faire jouer en pathologie abdominale ; l'appendicite est une cause fréquente d'adhérences. Dans les observations américaines qui sont données comme type de péricôlite membraneuse, nous relevons un cas où l'histoire du malade montra une appendicite aiguë avec abcès qui fut drainé sans ablation de l'appendice.

Dans un autre cas de Jackson, voici quelles sont les paroles de l'auteur : « Il y avait une altération de l'appendice qui était de la grosseur du pouce. Les symptômes appendiculaires dominaient tellement, qu'on ne songea pas à une péricôlite membraneuse, et ce n'est

que l'enquête, après l'opération, qui montra sa symptomatologie surajoutée. »

L'inflammation des annexes peut aussi être une cause d'adhérences, et il semble que le cas suivant de Crossen en est un exemple : « Quand l'abdomen est ouvert, l'exploration montre une salpingite chronique avec ovarite du côté droit. L'examen de l'appendice montre que cet organe est normal. L'exploration continuée vers le cœcum, montre une membrane s'étendant en travers du colon ascendant et très adhérente à l'épiploon. Le cœcum était très distendu et s'étendait jusqu'à la ligne médiane sous l'incision. Une incision médiane avait été faite dans ce cas à cause des symptômes associés, et dans le but de faire une exploration complète du bassin. La membrane fut reséquée et l'appendice enlevé. La trompe et l'ovaire furent aussi enlevés à cause du tissu inflammatoire qui les englobait. En plus, l'utérus fut dilaté et curetté à cause de la dysménorrhée. »

Ne semble-t-il pas que dans ce cas, il faille chercher la cause de la membrane péricolitique dans une infection ascendante des voies génitales ayant pris successivement l'utérus, la trompe, l'ovaire, et manifestant son action de voisinage sur le péritoine par la formation de la membrane. Mais il existe des cas où tous les organes avoisinants : vésicule, appendice, trompes, susceptibles de créer des adhérences par suite de leur inflammation, sont parfaitement sains. Dans ces cas, les auteurs américains émettent l'idée d'une malformation congénitale, la membrane causant par sa seule présence tous les phénomènes observés. Jackson écrit :

« La découverte de cet état pathologique distinct, nous a montré que la membrane péricolique pouvait empêcher les mouvements péristaltiques de l'intestin, et était la cause des symptômes trouvés lorsqu'elle était présente. Avec cette théorie, la douleur est expliquée par les tiraillements transmis au péritoine pariétal, lorsque des gaz ou des fèces passent dans la portion fixée. La distension gazeuse et la flatulence sont expliquées par la difficulté de passage à travers une lumière rétrécie. La constipation est naturelle, puisque le péristaltisme est interrompu par le tissu fibreux, comprimant le côlon et la membrane formant des coudes et des angles qui obstruent la lumière intestinale presque complètement. Les décharges de mucus s'expliquent de cette façon et l'intoxication intestinale conduit le malade à la neurasthénie.

Ainsi, pour les auteurs américains, la présence de la membrane et la constriction du côlon ascendant qui en résulte est la cause de tous les symptômes. Mais dans cette hypothèse, comment expliquer la périodicité des douleurs qui surviennent par crises, la marche progressive de la maladie et l'aspect inflammatoire de la membrane, qui ressemble à toutes les adhérences.

Il nous semble plus rationnel d'admettre que la membrane péricolique, au lieu d'être la cause, n'est que la traduction péritonéale d'un état morbide de l'intestin sous-jacent. Les symptômes observés ne peuvent pas être mis sur le compte de la constriction par la membrane, ce sont ceux de l'entérocolite muco-membraneuse. Dans cette maladie aussi, on note de la constipation alternant avec des débâcles diarrhéique ; on

trouve des glaires à la surface des matières fécales. Des douleurs siégeant dans la fosse iliaque droite ou sur le côlon ascendant, surviennent sous forme de paroxysmes. Des symptômes généraux sont la conséquence de cette entérite : les malades ont des troubles nerveux, de l'insomnie, une sensation de grande fatigue au réveil, de la neurasthénie. L'amaigrissement est marqué, et on observe parfois des poussées fébriles. De même, la typhlite stercorale donne le même tableau clinique.

En somme, l'entérocôlite muco-membraneuse ou la typhlite stercorale, nous donnent tous les symptômes décrits par les auteurs américains comme existant dans la péricôlite membraneuse, et ces maladies expliquent la formation de cette membrane péricolitique qui n'est qu'une variété d'adhérences, et qui ne peut être comparée qu'à de la péricolite. Tout dépend de l'intensité du processus inflammatoire atteignant le côlon. La réaction péricolitique autour d'un foyer de côlite subaiguë et légère, ne se produira que par quelques adhérences revêtant l'aspect de brides. Si la colite est un peu plus intense, nous aurons alors la formation de brides plus résistantes pouvant revêtir l'aspect d'une membrane : c'est dans ce cas qu'on a affaire à la péricôlite membraneuse. Dans les cas plus graves, la réaction péricolitique est encore plus marquée, et on arrive à des tumeurs inflammatoires ou pseudo cancers, tels qu'ils ont été décrits par Bittorf, Lejars, Le Dentu, Patel, Hartmann, Segond, au niveau du cœcum et du colon ascendant, et par Lœper et Proust, autour des angles hépatiques et splénique du

côlon. Comme nous le disions pour la péricôlite membraneuse, ces foyers inflammatoires peuvent avoir leur point de départ dans d'autres organes, et n'affecte avec l'intestin que des rapports de contiguité plus ou moins étroite, mais il n'est pas moins vrai que le véritable type clinique de ces phlegmons chroniques ligneux juxta intestinaux, correspond à ceux qui procèdent de l'intestin même. En résumé, il ne s'agit que d'une question de degré, et suivant que l'inflammation du côlon ou du cœcum seront plus intenses, nous aurons : 1° Des brides fibreuses peu résistantes ; 2° un voile membraneux ; 3° une tumeur inflammatoire ressemblant à un cancer.

La localisation de la membrane péricôlitique au niveau du cœcum et du côlon ascendant, s'explique parce que nous savons actuellement sur les côlites. Les formes généralisées à tout le côlon, sont extrêmement rares, et d'une très grande gravité. Dans les quelques cas publiés, la muqueuse de tout le gros intestin était tapissée d'ulcérations plus ou moins profondes, qui ont entraîné une mort rapide.

Les côlites localisées sont beaucoup plus fréquentes. Nous ne parlerons pas de celle qui se localise au côlon ilio-pelvien. Les sigmoïdites et les péricolites sont bien connues aujourd'hui après les travaux de Mayor (de Genève), de Catz, de Patel.

La typhlite est une forme fréquente de côlite localisée. Elle existe indubitablement, et si elle a été si souvent méconnue, c'est que l'appendicite avait accaparé depuis une vingtaine d'années, toute l'attention des cliniciens. Il y en a des formes simples, bénignes,

la typhlite stercorale, mais il existe aussi des typhlites aiguës avec lésions pariétales accusées : ulcérations, abcès et péritonite par perforation (Lejars). On connaît aussi des cas de còlites localisées au-dessus du cœcum, et Durand a opéré un malade atteint de còlite nécrosante avec péritonite généralisée par perforation, et où la nécrose étendue à tout le còlon ascendant, s'arrêtait brusquement au-dessous de l'angle du còlon.

L'entéro-còlite muco-membraneuse, si elle est le plus souvent étendue à tout le gros intestin, peut aussi se localiser au cœcum. Depuis les communications de Dieulafoy à l'Académie de médecine, on sait que l'entéro-còlite localisée au cœcum, la typhlo-còlite est très commune, mais on la méconnaît parce qu'on est hypnotisé par la grande maladie abdominale ; dès lors, on dit appendicite, alors qu'il ne s'agit que de typhlo-còlite, et « quantité de gens, simplement atteints de typhlo-còlite muco-membraneuse, sont indûment opérés d'appendicite qu'ils n'ont pas. »

Ces localisations d'infections intestinales au cœcum et au còlon ascendant avoisinant, nous expliquent pourquoi la péricòlite membraneuse se trouve autour de ces organes, et pour nous résumer, nous dirons : « Lorsque la cause de la péricòlite membraneuse ne peut être trouvée dans l'inflammation des organes voisins : vésicule, appendice annexe, elle réside dans l'intestin lui-même, et il faudra penser à une typhlite plus ou moins aiguë dont la forme la plus bénigne est la typhlite stercorale, ou à la typhlo-còlite muco-membraneuse.

Voici les conclusions dont MM. Cotte faisait suivre l'observation de son malade.

« L'observation de ce malade est intéressante en raison de l'erreur de diagnostic à laquelle ont donné lieu ses accès douloureux.

Il est bien évident que dans ce cas on ne saurait incriminer l'appendice ni la vésicule à l'origine des accidents, puisque ces deux organes avaient un aspect tout à fait normal. Il s'agissait uniquement d'un foyer de péricolite adhésive très localisée.

Il est difficile de dire si ces brides inflammatoires sont le reliquat d'une péritonite ancienne primitive, ou si elles sont le résultat d'une propagation infectieuse venue de l'intestin. Interrogé après coup, notre malade dit que dans l'intervalle de ses crises, il n'a jamais regardé s'il y avait des éléments anormaux dans ses matières, mais au moment où il souffrait, il avait de la constipation, et plusieurs fois, il reconnut à ce moment, l'existence de glaires dans ses selles.

Il semble donc bien qu'il se soit agi de poussées répétées d'entérocolite surtout localisées au niveau du côlon ascendant et ayant laissé à leur suite sur le péritoine des brides cicatricielles qui ont occasionné ensuite une sténose.

Ajoutons en terminant, que le séro-diagnostic tuberculeux de ce malade est positif à un pour quinze, et que d'autre part, il présente depuis longtemps de l'emphysème. A ce point de vue, cette observation vient donc à l'appui des idées défendues par M. Poncet sur l'origine bacillaire de certaines entéro-colites. »

CHAPITRE V

Traitement

Le traitement de la péricôlite membraneuse, doit dépendre avant tout du diagnostic étiologique. Il faudra rechercher avec soin si les troubles observés ne peuvent être mis sur le compte de l'inflammation de l'appendice de la vésicule biliaire, des annexes, et si ces recherches sont positives il faudra avant tout traiter l'organe, cause des lésions.

Mais prenons le cas bien plus fréquent où le diagnostic est hésitant et où les organes voisins ne peuvent être incriminés. Le premier traitement à conseiller est le traitement médical. Le régime alimentaire sera dicté par la discussion pathogénique indiquée dans les pages

précédentes : il faudra soigner l'intestin malade, et les principes à suivre se résument dans les deux formules très simples que voici :

1° Diminuer la stase intestinale.

2° Restreindre les causes d'irritation directe ou indirecte de la muqueuse.

On réalisera la première condition, en donnant au malade des aliments d'une digestion facile : œufs, lait, bouillies, potages, viandes grillées, volaille. Malheureusement si ce régime a l'avantage de n'amener dans le côlon qu'une quantité restreinte de détritux alimentaires, il a par cela même l'inconvénient d'être un régime constipant. Toutes les fois que l'intestin sera un peu tolérant, il faudra augmenter l'alimentation végétale.

Pour restreindre les causes d'irritation de la muqueuse, il faudra éviter la constipation et les fermentations intestinales. L'usage d'un régime de pâtes et le lait aident à la guérison.

Il faudra mettre aussi le malade dans les meilleures conditions hygiéniques possibles, lui conseiller le repos dans la position horizontale, un exercice physique modéré, d'aller à la selle régulièrement.

Si ce traitement n'améliore pas l'état du malade il faudra alors recourir à une intervention chirurgicale. Par une laparotomie latérale droite on arrive directement sur le siège des lésions. Les chirurgiens américains recommandent de faire une longue incision pour pouvoir examiner en haut la région vésiculaire, et en bas la région appendiculaire.

Une fois en présence de la membrane péricôlique quelle va être la conduite à tenir. Jackson et Crossen, conseillent l'enlèvement pur et simple de la membrane. Voici la technique opératoire de Jackson :

« Le côlon droit est découvert par une incision près du bord externe du muscle grand droit, du point de Mac Burney au rebord costal. Le côlon est attiré vers la ligne médiane, et on découvre ainsi l'endroit où la membrane s'insère sur la paroi abdominale. On la sectionne après avoir préalablement ligaturé le long de la ligne d'insertion péritonéale. Pour établir le clivage on tire la membrane vers la ligne médiane, puis en haut et en bas de façon à arracher les points d'adhérences coliques. On peut alors enlever la membrane comme un voile aussi grand que la main. A quelques points d'attache sur le côlon, il se fait un petit suintement sanguin qu'on arrête par des ligatures, mais dans la plupart des points l'hémorragie cesse spontanément.

Lorsque la membrane a été enlevée le côlon devient mobilisable, et sa longueur paraît doublée. Les replis disparaissent. La tunique externe de l'intestin montre un péritoine normal avec quelques points d'hémorragie, quelques débris de tissu conjonctif et quelques ilôts graisseux. Après que la membrane a été enlevée et les hémorragies arrêtées nous lavons à l'eau salée physiologique et refermons l'abdomen. »

Les résultats immédiats de cette opération semblent être bons. Les neuf malades traités par Jackson, ont été améliorés, mais cet auteur ajoute : « Les résultats

immédiats ont été très encourageants, mais le délai d'une année n'est pas suffisant pour prouver le mérite de l'opération. L'opération est très simple et n'offre que peu de dangers, et elle donne des chances de guérison suffisantes, pour une maladie incurable, sauf par un procédé plus radical. »

Crossen, dans trois cas, a utilisé la simple incision de la membrane, et l'amélioration immédiate est évidente, mais il fait aussi des réserves pour le résultat éloigné.

« Ce traitement semble avoir donné quelque résultat. Les opérations sont encore trop récentes pour qu'on puisse être fixé sur ce point. Il est nécessaire de faire d'autres essais de résection simple de la membrane. Si la cure permanente ne réussit pas par ce moyen, il faudra recourir à des mesures plus radicales. »

Il nous semble, en effet, que si l'enlèvement de la membrane sténosante peut donner des résultats immédiats satisfaisants, il n'en est pas de même pour les résultats éloignés. D'après ce que nous avons dit sur la pathogénie de la péricôlite membraneuse, la membrane n'est que la réaction péritonéale due au foyer inflammatoire intestinal sous-jacent. L'opération de Jackson, n'a donc que la valeur d'un traitement symptomatique, et non pas d'un traitement causal. Il est probable que l'ablation de la membrane, si elle provoque un soulagement en enlevant un barrage mécanique, ne peut donner un résultat définitif, et puisque

l'inflammation du cœcum ou du côlon existe encore, d'autres adhérences vont se former, causant les mêmes troubles qu'auparavant.

Le traitement rationnel nous semble donc être celui qu'a employé M. Cotte, et qu'a employé aussi Jackson dans un cas : l'ileo-transversostomie avec exclusion du foyer inflammatoire cœcal et colique.

Intervention (M. Cotte). « On pratique une exclusion du côlon ascendant par une implantation terminale de l'iléon dans le côlon transverse. On laisse en place l'appendice et la vésicule, qui ne paraissent pas être en cause dans l'apparition des accidents.

Les suites opératoires furent marquées par l'existence d'une broncho-pneumonie qui retarda de quelque temps la convalescence. Du côté de l'intestin, le malade n'a plus eu aucune douleur depuis son opération. Pendant le premier mois, il eut des selles liquides dues à la suppression fonctionnelle de la moitié de son gros intestin, mais actuellement les matières ont repris une consistance normale. Son état général s'est considérablement amélioré, et depuis un mois il a déjà repris plusieurs kilogrammes. »

Le malade, revu en Novembre 1911, par M. Cotte est complètement guéri.

Dans un cas, Jackson, enleva le côlon ascendant et l'angle hépatique, et l'iléon fut anastomosé avec le côlon transverse. Le malade fut radicalement guéri.

Par ces deux observations, on voit les bons résultats de l'ileo-transversostomie, avec exclusion du côlon

ascendant, opération qui nous paraît rationnelle, parce que la cause du mal est traitée et que les résultats doivent être durables.

Une opération plus radicale est l'iléo-sigmoïdostomie avec exclusion de tout le côlon, pratiquée par Lane, dans quelques cas de constipation chronique. Lane est très satisfait des résultats obtenus, mais cette opération nous semble un peu trop radicale surtout dans les cas qui nous occupent, c'est-à-dire ceux où l'inflammation est localisée au cœcum et au côlon ascendant. Les malades de Lane avaient des adhérences sur toute la longueur de leur côlon et on comprend que ce chirurgien ait voulu supprimer radicalement toute la partie malade. L'iléo-sigmoïdostomie sera donc employée dans les cas graves avec adhérences très étendues le long du côlon.

En somme, le traitement de la péricôlite membraneuse, sera le même que celui des colites, et à ce propos nous citerons le rapport de M. Paul Segond, au Congrès de Chirurgie de Bruxelles (1911), sur le traitement chirurgical des colites chroniques.

« Mettre au repos l'organe malade par dérivation des matières, aseptiser et déterger la cavité intestinale par de larges irrigations.

Agir directement sur les lésions de la muqueuse par des lavages modificateurs.

Telles sont les indications premières que la thérapeutique chirurgicale cherche à remplir isolément ou

simultanément dans le traitement des côlites chroniques.

Pour remplir ce programme quatre modes d'intervention ont été proposés.

1° L'anus contre nature, qui réalise au mieux le repos de l'organe par dérivation des matières et permet en outre de recourir aux lavages modificateurs.

2° Les entéro-anastomoses, et particulièrement l'exclusion du côlon par iléo-sigmoïdostomie, qui assurent uniquement la dérivation des matières sans possibilité d'utiliser les lavages modificateurs.

3° L'association des entéro-anastomoses et de résections coliques complémentaires plus ou moins étendues.

4° La fistulisation par cœcostomie valvulaire ou par appendicostomie, opération qui donne les moyens de pratiquer, des irrigations et des lavages modificateurs dans les meilleures conditions, mais qui n'est à aucun titre un procédé de dérivation des matières.

CONCLUSIONS

I. — Sous le nom de « péricôlite membraneuse » les chirurgiens américains ont décrit dans ces dernières années une lésion qui se caractérise.

Anatomiquement par un voile membraneux s'étendant au devant du côlon ascendant et quelquefois du cœcum.

Cliniquement par les symptômes suivants :

- 1° Crises douloureuses ;
- 2° Constipation ;
- 3° Neurasthénie.

II. — Au point de vue pathogénique on semble croire dans bien des cas, à une malformation congénitale ; mais en réalité il s'agit d'un processus inflammatoire. L'observation des faits montre que bien souvent à l'origine il y avait une appendicite ou une salpingite.

III. — Au point de vue anatomique, la membrane a souvent des caractères nettement inflammatoires. Ainsi comprise elle résulte d'un foyer de péritonite circonscrite autour de l'intestin. Ce foyer peut avoir des origines multiples : vésicule biliaire, appendice, annexes. Dans d'autres cas la cause est l'entérocolite muco-membraneuse. Enfin cette péritonite localisée peut être le reliquat d'une péritonite tuberculeuse.

IV. — Le traitement par l'incision simple de la membrane paraît aléatoire car il ne supprime pas la cause de la lésion. Suivant les cas il faudra traiter : la vésicule, l'appendice ou les annexes. Dans le cas où le point de départ est l'intestin, il faudra pratiquer une iléo-sigmoïdostomie, avec exclusion du gros intestin malade.

Vu :

Le Président de la Thèse,

A. PONCET.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 décembre 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BITTORF. — Mitteilugen. am den Grenzgebieten der. *Medizin und Chirurgie*. 1909, tome XX.
- CADE. — Précis des Maladies de l'estomac et de l'intestin, 1910.
- CATZ. — Traitement chirurgical des Côlites. *La clinique*. Septembre 1911.
- Du même.* — Sigmoidites et Perisigmoidites. *Gazette des Hôpitaux*, 1907.
- COTTE et MAZET. — Enterocôlite muco-membraneuse. Pericôlite et sténose du côlon ascendant. *Lyon Médical*. Février 1911.
- CROSSEN. — Membraneous pericolitis. *Surgery-Gynecology and Obstetrics*. Juillet 1911.
- DUVAL. — De la pericôlite membraneuse. *Archives des Maladies de l'app. digestif et de la nutrition*, 1910.
- HOFMEISTER. — Ueber Typhlectasie. Chronische Perityphitis *Beitrag zur Clinische Chirurgie*, 1911.
- JACKSON. — Membraneous pericolitis. *Surgery Gynecology and Obstetrics*. Septembre 1909.
- LANE. — The operative treatment of chronic constipation. London, 1909.
- DE LANGENHAGEN. — L'enterocôlite mucomembraneuse, 1898.
- Le LANDAIS. — Sigmoid-perisigmoidites suppurées. *Thèse de Lyon*, 1910.

- LEJARS. — Les tumeurs inflammatoires pseudo neoplasiques de l'abdomen, *Semaine Médicale*, 1906.
- MATHIEU et ROUX. — Pathologie gastro intestinale. *Etudes de séméiologie et de thérapeutique intestinales*, 1911.
- MAYOR. — Sigmœidites et Perisigmœidites. *Arch. des Mal. de l'app. digestif*. 1907.
- MUMMERY. — The treatment of severe cases of colitis. *British Medical Journal*, 1909.
- PATEL. — Sigmœidites et Perisigmœidites. *Revue de Chirurgie*, 1907.
- POTAIN. — De la cœlite chronique, 1887.
- POTHERAT. — Pericœlite stenosante adhésive. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1906.
- POTHERAT et DELANGRE. — Pericœlite stenosante adhésive. *Bulletin Soc. de Chirurgie de Paris*, 1906.
- PROUST. — *Bulletin et Mémoires de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1907.
- RASTOUIL. — Appendicite chronique. *Thèse de Paris*, 1901.
- SEGOND. — *Bulletin et Mémoires de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1906.
- SIEUR. — *Bulletin et Mémoires de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 1906.
- SIREDEY. — Etude clinique sur quelques formes frustes d'appendicite chronique, 1903.
- TIXIER. — *Soc. de Chirurgie de Lyon*, 1905.
- TRIPPIER et PAVIOT. — Pathogénie péritonique de la colique hépatique et des crises douloureuses épigastriques. *Semaine médicale*, 1903.
- VIRCHOW. — *Virchow's Archiv.*, 1863.
- WALTHER. — Epiploïte et appendicite. *Soc. de Chirurgie de Paris*, 1905.
-

